Rok XLIII. Kraków 12 Listopada 1904. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Drugi mój sposób wycinania żołądka.

Podał

L. Rydygier,

c. k. Radca Dworu.

Zastanawiając się w czasie ubiegłych wakacyj nad wynikami naszych operacyj na żołądku, przyszedłem do przekonania, że mogłyby być lepsze i to tak co do bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chorych, jak i co do trwałości wyleczenia. Podzielam bez zastrzeżeń przekonanie tych, którzy twierdzą, że wyniki w jednym i drugim kierunku jużby się poprawiły, gdybyśmy tylko chorych we wcześniejszym okresie cierpienia dostawali do operacyi. Jest to wdzięcznem zadaniem panów internistów rozpoznać cierpienie możliwie wcześnie, nad czem też — przynajmniej dotychczas — niestety może z większym wysiłkiem, niż skutkiem, usilnie pracują. Wszakżeż niemałe to i niełatwe zadanie mają do rozwiązania: co ważniejsza — rzadko tylko chorzy w pierwszych początkach cierpienia chcą posłuchać rady lekarza i poddać się operacyi. A lekarz internista nie napiera, — rozumując, przyznaję, nie bez słuszności, tak: „Gdyby niebezpieczeństwo operacyi samej było mniejsze, a trwałe uleczenia po niej częstsze, i my przemawialibyśmy wcześniej i goręcej za operacyą i chory decydowałby się na nią chętniej i bez dłuższego namysłu.“ Wpadamy w błędne koło: chirurdzy powiadają: wykażemy się lepszymi wynikami, gdy nam przysyłać będziecie wcześnie chorych do operacyi, interniści zaś, a za nimi chorzy, powtarzają: na operacyę w samym początku cierpienia zgodzimy się, gdy nam udowodnicie, że potraficie dojść do lepszych wyników. Trzeba zatem przerwać to błędne koło, a inicyatywę dać muszą chirurdzy.

Zastanawiając się nad szeregiem operacyj, przezemnie na żołądku wykonanych od r. 1880, — a zatem w ciągu 24 lat, — przyznać muszę, że wycięcie odźwiernika mimo wszelkie zmiany i poprawki techniczne, nad któremi obok wielu innych i ja z moimi uczniami pracowałem, jest operacyą niebezpieczną dla chorego, trudną dla chirurga. Wyjąwszy dwa przypadki, operowałem zawsze wedle własnej metody, opisanej przezemnie w pierwszem dotyczącem ogłoszeniu, którą, jak wiadomo, z czasem nieznacznie w szczegółach zmieniałem. Nie wdając się w spór o pierwszeństwo w podaniu tej metody, powtórzę tu tylko to, co swego czasu, odpowiadając panu Stieda w *„Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“*, napisałem: „Ten sposób okrężnego wycięcia odźwiernika, w którym: otwieramy jamę brzuszną w linii środkowej; w którym dwunastnicę przyszywamy wprost do resekcyjnej rany w żołądku, i to *de regula* do krzywizny większej; w którym zbywającą część rany resekcyjnej w żołądku zaszywamy osobnym szwem; wreszcie w którym do szycia używamy szwu kuśnierskiego (ciągłego) — ten sposób, powtarzam, powinien być nazwany mojem nazwiskiem.“

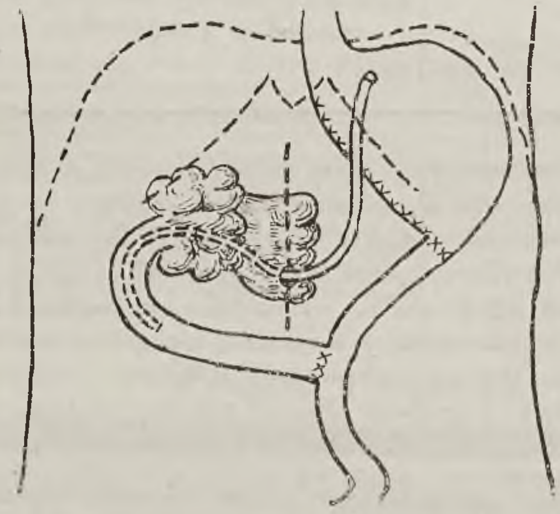
Wzbogacony jednak doświadczeniem ubiegłych lat 24, przyznaję, że metoda ta, zwłaszcza w przypadku dalej posuniętego raka odźwiernika, i mnie niezupełnie zadawalnia. Z powodu trudności technicznych (połączenie cienkich ścian dwunastnicy z grubemi ścianami żołądka; *punctum minoris resistentiae* tam, gdzie szew zamykający krzyżuje się ze szwem okrężnym), sposób ten nie jest bez niebezpieczeństwa, a potem nie zawsze może być doszczętnym. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nowotwór przerasta na dwunastnicę. A w tych razach po doszczętnem wycięciu tkanki, nietylko już zmienionej, ale i podejrzanej, — a tylko po takiej operacyi liczyć możemy na trwałe wyniki, — napotkać możemy na niepokonalne trudności techniczne. W przypadkach początkowych raków i cierpień niezłośliwych, zwłaszcza wobec wrzodu okrągłego, i w przyszłości, jak dotychczas, temu sposobowi dam pierwszeństwo przed każdym innym. Przy tej sposobności raz jeszcze z naciskiem chcę zaznaczyć, że we wrzodzie okrągłym odźwiernika uważam wycięcie odźwiernika za metodę z wyboru, stanowczo lepszą, niż zakładanie przetok żołądkowo-jelitowych i cieszę się, że w ostatnich czasach Jedlička[1]) w pracy znakomitej i przekonywającej zajął to samo stanowisko.

Dla tych jednak przypadków, w których nowotwór odźwiernika przerósł już daleko na żołądek i na dwunastnicę, ze wszystkich dotychczas znanych metod najlepszą wydawałaby mi się właściwa Billrothowska metoda wycięcia odźwiernika (t. j. gastroenterostomia bezpośrednio po resekcyi odźwiernika), gdyby nie miała pewnych i to niemałych wad. Wykonana na jednem posiedzeniu, jest zabiegiem ciężkim, z pewnością za ciężkim dla chorych, rozporządzających tak małym zasobem sił odpornych, jak właśnie chorzy, dotknięci rakiem odźwiernika; rozłożona zaś na dwa posiedzenia (a więc na pierwszem gastroenterostomia, a dopiero na drugiem resekcya odźwiernika), zwykle chybia celu. Mnie przynajmniej nie udało się nigdy nakłonić chorych po pierwszej operacyi (t. j. po gastroenterostomii), po której zawsze (oczywiście o ile poprzednio istniało zwężenie odźwiernika) następuje znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotowa, do zgody na drugą. Nawet pewien kardynał, operowany przezemnie z powodu raka odźwiernika, który przecież — *sit venia verbo* — z urzędu niejako nie powinien żywić trwogi przed możliwą śmiercią, po pierwotnej gastroenterostomii nie zgodził się na wtórną resekcyę.

[1]) Zur operativen Behandlung des chronischen Magengeschwürs. Prag 1904. Verlag v. Bursik u. Kohout.

Aby więc sposób wycięcia żołądka jak najmniej niebezpiecznym i radykalnym uczynić, a chorych zmusić niejako do poddania się zabiegowi wtórnemu, obmyśliłem następujący program postępowania, który poniżej opisuję.

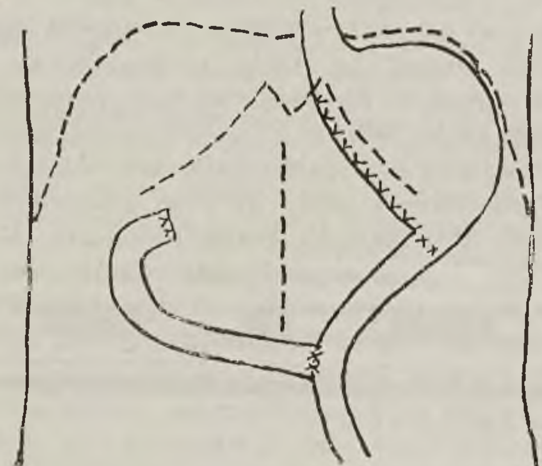
Rycina I.



Stosunki po zabiegu pierwszym.

Zabieg I. (Ryc. I). Otwarcie jamy brzusznej cięciem w linii białej; po założeniu uciskadeł, przecięcie żołądka zdala od guza i zajętych gruczołów, a zatem blizko wpustu; przecięcie jelita czczego w odległości 30—40 ctm. od *plica duodenojejunalis*; wszycie doprowadzającego końca przeciętego jelita czczego w otwór, zrobiony na ramieniu odprowadzającem tegoż jelita w odległości 15 ctm. poniżej przecięcia; wszycie odprowadzającego ramienia przeciętego jelita czczego w dolną, a więc tuż przy krzywiźnie większej położoną,

Rycina II.



Stosunki po zabiegu drugim.

część rany resekcyjnej żołądka, oczywiście w jego części wpustowej, z zaszyciem pozostałej części światła przeciętego żołądka; przeprowadzenie sondy żołądkowej przez całą część żołądka, położoną po stronie odźwiernika i przez sam odźwiernik aż do dwunastnicy; wszycie części odźwiernikowej żołądka w ranę połaparotomijną, którą zamykamy, pozostawiając w niej jedynie przetokę, konieczną do przepuszczenia sondy.

Ten pierwszy zabieg nie jest oczywiście tak ciężkim do zniesienia dla chorego, jak rozległa resekcya ścian żołądka. Bezpośrednie niebezpieczeństwo zmniejsza się jeszcze dzięki temu, że przez wprowadzoną sondę możemy chorego bezpośrednio po operacyi forsownie odżywiać, pomijając zupełnie żołądek i nie wystawiając na próbę wytrzymałości dopiero co założonego szwu żołądkowo-jelitowego.

Pozostawiona przetoka żołądkowa skłonić powinna chorych do zgody na zabieg II (Ryc. II): Powtórne otwarcie jamy brzusznej; oddzielenie ścian żołądka od ścian powłok brzusznych; rozległa resekcya guza, przyległych ścian żołądka, dwunastnicy i zajętych gruczołów; zaszycie i zapuszczenie dwunastnicy; szew powłok brzusznych.

Ten sposób wycinania rozległych nowotworów okolicy odźwiernikowej żołądka jest 1) mało niebezpiecznym, rozdzielić go bowiem możemy na dwa zabiegi i dozwala bezpośrednio po pierwszym, kiedy to jeszcze siły chorego bardzo wiele pozostawiają do życzenia, rozpocząć forsowne odżywianie chorego z pominięciem żołądka i bez troski o wytrzymałość szwu żołądkowo-jelitowego; 2) dozwala na jak najdoszczętniejsze wycięcie nowotworu, choćby przechodził na dwunastnicę; 3) zmusza chorego do poddania się drugiemu zabiegowi z powodu pozostawionej przetoki.

Spodziewam się, że w każdym przypadku da się przesunąć choćby bardzo cienka sonda żołądkowa przez rakowato zwyrodniały odźwiernik po przecięciu żołądka i szerokiem otwarciu światła.

II. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej *(asthma bronchiale)*.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy).

Dychawica, tak napadowa, jak i przewlekła lub stała, cechuje się podobnie, jak nieżyty przebiegające z dusznością, o których powyżej była mowa, głównie utrudnieniem wydechu, gdy wdech odbywa się o wiele łatwiej. Skutkiem tego powietrze wdechem wciągnięte do płuc uchodzi z nich przy wydechu wolniej i może nawet nie wyjść całkowicie, lecz pozostawać w nich częściowo nawet po ukończeniu wydechu, a wtedy, nagromadzając się stopniowo coraz bardziej, rozdyma płuca i nie dozwala klatce piersiowej powrócić do pojemności, jaka odpowiada końcowi wydechu, lecz utrzymuje ją na pewnym stopniu wdechowego rozszerzenia. Samo to sprzeciwia się przyjęciu kurczu oskrzelek za przyczynę napadu dychawiczego; jeżeli bowiem oskrzelka kurczowo ściągnięte zostaną, to przechodzące przez nie powietrze takiej samej doznawać musi przeszkody podczas wdechu w drodze do pęcherzyków płucnych, jakiej doznaje w powrocie z nich podczas wydechu; musiałby zatem wdech i wydech być równo utrudnionym. Jeżeli natomiast przyjmiemy obrzmienie błony śluzowej za przyczynę zwężenia oskrzelek, to wydech doznać musi większego utrudnienia, niż wdech. Podczas wdechu bowiem rozszerza się klatka piersiowa, a powietrze, wchodząc do płuc, rozdyma wszystkie ich części podatne, t. j. tak dobrze pęcherzyki płucne, jak i błoniaste

rurki oskrzelowe, a nawet błoniaste części ścian tych oskrzeli, które zawierają jeszcze chrząstne pierścienie; przytem odsuwać się też muszą i grzebienie podziałowe od końców rurek oskrzelowych. W ten sposób droga dla powietrza wdechowego rozszerza się w miarę głębokości wdechu coraz bardziej. Podczas wydechu natomiast, t. j. skoro tylko mięśnie wdechowe działać już przestaną, niknie siła, która płuca trzymała w rozdęciu; skutkiem tego pęcherzyki płucne i rozdęte oskrzelka ściągają się coraz bardziej, wypychając z siebie nagromadzone powietrze. Jeżeli błona śluzowa oskrzeli jest obrzmiała, to w miarę wydechowego ściągania się światła oskrzelek mogą się stać tak wązkie, że będą przejście powietrza utrudniać; ponieważ jednak siła wypychająca powietrze, t. j. elastyczność pęcherzyków płucnych i ścian oskrzelek, pozostaje ta sama, co przedtem (gdyż wydech odbywa się biernie), przeto powietrze uchodzić musi wolniej i potrzebować będzie więcej czasu, niż w stanie prawidłowym, by wyjść w całej ilości, w jakiej poprzednio zostało do płuc wciągnięte. Grzebienie podziałowe wsuwać się teraz będą w końce rurek oskrzelowych, utrudniając tem bardziej odejście z płuc powietrza, a przy większem obrzmieniu zatkać je nawet mogą zupełnie, wstrzymując przez to dalsze jego wychodzenie. Przytem i bez tego zajść może potrzeba nowego wdechu, zanim powolny wydech jest w stanie wydalić całą ilość wciągniętego poprzednio do płuc powietrza. Przez to część jego zostanie zatrzymaną w płucach, które będą więcej, niż zwykle po ukończeniu wydechu, rozdęte, a stąd i klatka piersiowa będzie bardziej rozszerzoną. Następujący teraz wdech nie napotka jednak takiej przeszkody, bo przy ponownem rozszerzeniu się klatki piersiowej oddalą się zaraz grzebienie podziałowe od wylotów oskrzelek, a oskrzelka same będą się rozszerzać coraz więcej, a choć nie dojdą do tej wielkości światła, co w stanie prawidłowym, to przecież mniej przeszkody stawiać będą wchodzącemu do płuc powietrzu, niż stawiały powietrzu wychodzącemu z płuc, gdy się coraz bardziej ściągały. Łatwo pojąć, że tu wydech doznawać będzie coraz bardziej wzmagającego się utrudnienia, gdy wdech odbywać się będzie w miarę głębokości coraz łatwiej; gdyby zaś oskrzelka były kurczowo ściągnięte, to nie dopuszczałyby rozszerzania się ich światła podczas wdechu, a wtedy wdech, napotykając taką samą przeszkodę, jak wydech, musiałby być tak samo jak wydech utrudnionym. Że błoniaste ściany oskrzeli rozdymają się podczas wdechu, a ściągają podczas wydechu, wnosić mogę z tego, co po tracheotomii przy dolnej tracheoskopii, zwłaszcza u małych dzieci, noszących długo kaniulę, nieraz widzieć miałem sposobność. Już przy lekkiem oddychaniu zauważyć można pewne zwiększanie się światła tchawicy podczas wdechu, a zmniejszanie podczas wydechu, pochodzące od odchylania lub wpuklania się tylnej jej ściany; podczas wydechu nasilonego zaś, jak n. p. przy napieraniu dzieci, tylna ściana wtłacza się tak silnie, że światło tchawicy przybiera kształt półksiężyca, a przy rozmięknięciu końców chrzęstnych pierścieni przychodzi nawet do zetknięcia się ściany tylnej z ścianą przednią. Podobnież zauważyć można, zwłaszcza u dzieci, podnoszenie się grzebienia podziałowego tchawicy ku jej światłu przy nasilonym wydechu. W jednym przypadku miałem nawet sposobność (u Killiana w Fryburgu) oglądać przy górnej bronchoskopii początki oskrzeli trzeciorzędnych u osoby zupełnie zdrowej, a wyćwiczonej umyślnie do badania bronchoskopijnego. Widziałem wtedy, jak przy zupełnie lekkiem oddychaniu oskrzela te rozszerzały się podczas wdechu, a zwężały podczas wydechu; na oko wydawały mi się one przy wdechu przeszło dwa razy większe, niż przy wydechu tak, żem się zdumiał, iż przy spokojnem oddychaniu tak wielka zmiana w ich wielkości powstawać może. Są to potwierdzenia z obserwacyi naocznej tego, co już *a priori* jako konieczne się przedstawia.

Przy pewnym stopniu obrzmienia oskrzelek doznać jednak może i wdech pewnego utrudnienia, które jednakże zawsze będzie mniejsze, niż przy wydechu. I tak, jeżeli obrzmienie osiągnie wyższy stopień, to mimo wdechowego rozszerzania się oskrzelek światła ich mogą być za wązkie, by wdychane powietrze bez przeszkody do płuc się dostało; przeszkoda ta jednak przez silniejsze działanie mięśni wdechowych łatwo będzie pokonaną, zwłaszcza, że w miarę siły wdechu oskrzelka bardziej się rozszerzają; to też wdech nie dozna przez to znaczniejszego wydłużenia. Przytem, zanim obrzmienie dojdzie do tego stopnia, żeby i wdech był wyraźnie utrudnionym, utrudnienie wydechu osiągnąć musi stopień o wiele wyższy tak, że i rozdęcie płuc przez nagromadzone powietrze będzie znaczne i klatka piersiowa będzie wybitnie rozszerzona. Skutkiem tego wdech nie będzie już mógł być tak głębokim, jakimby mógł być w razie potrzeby w stanie prawidłowym i nie zdoła nawet przy najwyższym stopniu działania mięśni wdechowych wciągnąć tyle powietrza, ileby mógł, rozpoczynając się przy zupełnem wydechowem opadnięciu klatki piersiowej i ileby chory pragnął w danej chwili wciągnąć z powodu duszności, jakiej doznaje.

Tak przy większej, jak i mniejszej ilości wdychanego, a tem samem i wydychanego powietrza wydech będzie w porównaniu z wdechem zawsze wydłużony, gdyż odbywa się biernie i przepiera powietrze przez coraz bardziej zwężające się oskrzelka, gdy wdech odbywa się czynnie i wciąga powietrze przez oskrzelka, które się w miarę jego nasilenia coraz bardziej rozszerzają. Gdy siła elastyczności pęcherzyków płucnych nie zdoła dość szybko wydalić powietrza, wspomaga ją w tem działaniu opadająca przy wydechu klatka piersiowa, która wprawdzie przy prawidłowem oddychaniu podąża tylko za kurczeniem się płuc, gdy płuca jednak napotykają przeszkodę w wydaleniu powietrza, przyczynia się także do jego wydalania, a przez to zwiększa ciśnienie w klatce piersiowej. Siła jej jednak przy opadaniu skutkiem li tylko jej elastyczności nie jest wielką, nie podniesie więc ciśnienia tak znacznie, a tem samem nie będzie utrudniać spływu krwi żylnej do prawego serca. To też nie spotykamy podczas napadu dychawiczego sinicy, podobnie jak jej nie spotykamy i w innych rodzajach zwężeń dróg oddechowych, jak długo wydech odbywa się biernie, a serce zadaniu swemu sprostać może. Jeżeli chory usiłuje pozbyć się nadmiaru powietrza z płuc za pomocą czynnego wydechu, to udaje mu się to częściowo tylko, gdyż wkrótce zwiększone parcie zaciska także szczelniej oskrzelka, tamując dalsze wychodzenie powietrza; zawsze jednak potem klatka piersiowa będzie mniej niż przedtem rozdęta, a następujący potem wdech może być głębszym, niż był poprzednio. Przy nasilonym wydechu rośnie ciśnienie w klatce piersiowej znacznie więcej tak, że spływ krwi żylnej do prawego

serca doznaje przez to wyraźnego utrudnienia; skutkiem tego nabrzmiewają żyły, a jeżeli nasilenie wydechu jest znaczne, powstaje sinica. Ponieważ największe nasilenie wydechu przychodzi przy kaszlu, przeto i sinica najłatwiej przy kaszlu wystąpi, zwłaszcza gdy jest on silny i uporczywy; po ustaniu kaszlu i wogóle nasilonych wydechów ustępuje też i sinica niebawem; jest ona zatem przypadkiem, który w dychawicy powstać może pod wpływem tych samych czynników, które ją i w innych stanach chorobowych wywołać mogą, nie jest jednak wcale objawem należącym do obrazu chorobowego dychawicy. To też nie spotykamy w napadzie dychawiczym sinicy (chyba przemijającą po kaszlu), a jedynie żyły szyjne bywają wypełnione więcej, niż po za napadem. Ten brak sinicy w dychawicy podnosi także w pracy powyżej wymienionej Goldschmidt, wykazując zarazem, jak błędne pod tym względem spotyka się opisy, które tradycyonalnie z książki do książki przechodzą. Jeżeli jednak po długiem trwaniu dychawicy stałej zwyrodniałe serce zaczyna słabnąć, wtedy powstaje z powodu braku odpowiedniej *„vis a tergo“* zastój krwi żylnej i wytwarza się sinica, zwłaszcza pod koniec życia.

Wyżej opisanym zaburzeniom w sprawie oddychania odpowiada stan chorego, oraz wyniki badania. Chory odczuwa duszność, t. j. brak tlenu, bo powietrze zatrzymane w nadmiernej ilości w płucach, zmieszawszy się z powietrzem wdychanem, wpływa na obniżenie odsetka tlenu, jaki w powietrzu płucnem po dokonanym wdechu znajdować się powinien; prócz tego odczuwa chory rozdęcie płuc i klatki piersiowej, oraz to, że przy wdechu więcej niż w stanie prawidłowym rozszerzać ją musi, zwłaszcza, że pod wpływem duszności stara się więcej powietrza wciągnąć. Z powodu wydłużenia wydechu cały akt oddychania trwa dłużej, a stąd zwykle zmniejsza się liczba oddechów; zmniejszenie to jednak nie jest tak wielkie z powodu, że wdechy nie bywają wydłużone, ani też zbyt głębokie; z powodu duszności chory stara się przytem jak najczęściej powietrze wciągnąć, a dzieje się to na koszt pauz między oddechami, które się skracają i nikną w końcu zupełnie; przy wydechu przedłużonym może nastąpić potrzeba nowego wdechu nawet przed jego ukończeniem, a w ten sposób może nawet częstość oddechów doznać pewnego zwiększenia. To też spotykamy w napadach dychawiczych nieraz przyśpieszenie oddychania, jakkolwiek niewielkie, gdyż je ogranicza dłuższe trwanie wydechów; zazwyczaj jednak oddychanie bywa wolniejsze, niż w stanie prawidłowym, rzadko jednak opóźnienie wydechów osiąga wyższy stopień. Z powodu duszności wdechy bywają głębsze, po kaszlu bardziej jeszcze głębokie; głębokość ich jednak nie może dojść wysokiego stopnia, bo ogranicza ją rozszerzenie klatki piersiowej skutkiem rozdęcia płuc przez zatrzymanie w nich powietrza. W stanach przewlekłych uczucie duszności występuje słabiej, a przy spokojnem zachowaniu się może go wcale nie być tak, że dopiero przy ruchu powstaje. Pochodzi to stąd, że ustrój stopniowo może przywyknąć do znacznie mniejszej wymiany gazów, niż w stanie prawidłowym. To też i oddech bywa tu zwykle zwolniony i niezbyt głęboki; przy małym ruchu jednak staje się szybszy i głębszy, niż w stanie prawidłowym. Przy opukiwaniu chorego podczas napadu dychawicy odgłos zazwyczaj bywa nad całemi płucami mniej lub więcej wyraźnie bębenkowy; stwierdzić przytem można odpowiednio rozdęciu powietrzem rozszerzenie się granic płuc na koszt stłumienia serca i wątroby. Przy osłuchiwaniu uderzają obfite szmery, towarzyszące wydechowi, o charakterze syków, świstów, pisków i t. p., nie robiące jednak wrażenia poruszania się cząstek płynu. Szmery te są nad różnemi częściami płuc rozmaite: niektóre z nich dają się czasem usłyszeć już przy zbliżeniu się do chorego; inne występują dopiero przy końcu wydechu. Jeżeli chory wykonuje czynny wydech, szmery występują silniej tak, że je zwykle w pobliżu już usłyszeć można; stają się przytem obfitsze, a w części przyjmują nieraz charakter skrzypienia, które robi wrażenie, jakby się powietrze przedzierało przez rurki oblepione gęstą masą na pół płynną. Szmery wydechowe są odpowiednio do wydłużenia wydechu mniej lub więcej przeciągłe. Podczas wdechu słyszymy natomiast krótsze, a czasem nawet bardzo krótkie szmery o charakterze szumu, który zazwyczaj w początku bywa wyraźny, a następnie słabnie, czasem jednak trwa nieco dłużej i bywa przez cały czas trwania wcale głośny; pokrywa on szmer pęcherzykowy, którego zazwyczaj nie słychać wcale. Gdy napad mija, można stwierdzić obok ustępowania rozdęcia płuc zwykle wytwarzanie się rzężeń, które najczęściej dają się słyszeć zrazu w dolnych częściach płuc, a potem i w górnych, zamiast poprzednich suchych szmerów; niebawem jednak po wykrztuszeniu nikną zupełnie tak, że badanie prawidłowy już stan wykazuje. Przy krótkotrwałych napadach może nie przyjść do wytworzenia się rzężeń i wykrztuszenia wydzieliny, a suche szmery towarzyszące napadowi słabną i w końcu znikają. Podobne wyniki daje także badanie w dychawicy przewlekłej lub stałej. Spotykamy tu także różne obfite szmery suche przy wydechu, a obok nich często i przy wdechu szmery dość silne i względnie długie, a przytem czasem niezbyt obfite rzężenia i to najwięcej w dolnych częściach płuc. Odpowiednio do tego następuje rzadziej lub częściej wykrztuszanie wydzieliny, która bywa skąpą a gęstą i z trudem się tylko odrywa; rzadziej nie bywa jej wcale przez czas dłuższy.

Opisane powyżej objawy przysłuchowe pozwalają stanowczo twierdzić, że dychawica polega na zwężeniu gałązek oskrzelowych, że to zwężenie jednak występuje głównie przy wydechu, a zmniejsza się przy wdechu tak, że jeżeli i wdech doznaje jeszcze przeszkody, to ją bez trudu pokonywa. Charakter szmerów oddechowych podczas napadu dychawiczego pozwala twierdzić, że w oskrzelach nie znajduje się wydzielina płynna, nie pozwala on jednak na twierdzenie, że niema w nich wogóle żadnej wydzieliny; wydzielina bowiem gęsta, oblepiająca ściany oskrzeli, może być powodem zupełnie podobnych szmerów oddechowych, jak długo od ścian nie zostanie oderwana; przy czynnym wydechu powstają nawet szmery, które za obecnością takiej wydzieliny przemawiają. Wreszcie w dalszym przebiegu napadu powstają rzężenia, dowodzące wytworzenia się wydzieliny, która już nie jest tak gęstą, by się od ścian oskrzeli oderwać nie mogła, w końcu też zostaje ona wykrztuszoną. W wydzielinie tej spotykamy obok kryształków Leydena i ciałek wypocinowych barwiących się łatwo eozyną najbardziej dla dychawicy charakterystyczne twory, t. j. t. zw. skrętki Curschmanna, które, jak to już dziś stanowczono stwierdzono, nie są niczem innem, jak tylko gęstym śluzem, który oblepiał ściany oskrzelek. Nie możemy jednak przypuścić, że cały napad dychawiczy zostaje wywołany jedynie przez

oblepienie błony śluzowej oskrzelek tym śluzem, na wzór błon włóknikowych oblepiających oskrzela w dławcowem ich zapaleniu; musimy tu przyjąć i obrzmienie błony śluzowej, które już samo zwężenie oskrzelek wywołuje tak, że wytwarzająca się na ich ścianach powłoka gęstego śluzu zwężenie to potęgować tylko jeszcze może. Za tem przemawiają te przypadki, w których przy mijaniu napadu nie wytwarzają się ani rzężenia, ani nie następuje wcale wykrztuszenie wydzieliny. Wreszcie trudno przypuścić, by wytworzenie podobnej wydzieliny na zdrowej, zupełnie nie obrzmiałej błonie śluzowej powstać mogło; owszem przyjąć musimy, że i tu, podobnie jak w sprawach nieżytowych ostrych, naprzód powstaje jedynie obrzmienie, a potem wytwarza się skąpa, szklista i lepka wydzielina *(sputum crudum)*, która następnie, zwiększając się, staje się mniej lepką i mętną skutkiem domieszki ciałek wypocinowych *(sputum coctum)* i łatwiej się już odrywa. To też i w wydzielinie wykrztuszonej przez chorych na dychawicę spotykamy obok skrętków Curschmanna, przedstawiających wydzielinę zupełnie szklistą, także komórki wypocinowe (barwiące się eozyną). Tak więc cała sprawa chorobowa w dychawicy okazuje się pokrewną nieżytowi, i to t. zw. nieżytowi suchemu, który się cechuje silniejszem obrzmieniem błony śluzowej, a skąpą tylko wydzieliną. Jeżeli napad trwa krótko, może nie przyjść do wytworzenia wydzieliny wcale, a jedynie powstaje obrzmienie, które też w niedługim czasie ustępuje (podobnie jak t. zw. „*oedema angioneuroticum*“ Strübinga); jeżeli zaś napad trwa przez czas dłuższy, to wytwarza się wydzielina lepka w niewielkiej ilości, a dopiero przy końcu napadu staje się obfitszą skutkiem domieszki ciałek wypocinowych. Wydzielina bywa wreszcie nawet w przewlekłej dychawicy zwykle skąpą tak, że zawsze zwężenie oskrzeli w części tylko do niej, a w części do obrzmienia błony śluzowej odnosić musimy. Gdybyśmy napady dychawicze tłómaczyć chcieli kurczem oskrzelek, to trudnoby było pojąć, w jaki on sposób powstanie wydzieliny wywołać może; a jeżeliby rzeczywiście wydzielina pod wpływem kurczu oskrzelek się wytwarzała, to trudno zrozumieć, dlaczego ona się zwiększa wtedy, gdy napad przemija, gdy zatem według tego przypuszczenia i kurcz ustępuje. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Wolff. **O istocie gruźlicy na podstawie nowszych badań i doświadczeń klinicznych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Cała nowsza nauka o etyologii, przebiegu, istocie i zwalczaniu gruźlicy wyszła od bakteryologów, higienistów, wogóle teoretyków i spoczywa w ich rękach; z tego powodu doświadczenia kliniczne lekarzy, którzy począwszy od Brehmera zajmowali się specyalnie gruźlicą, nie odpowiadają w całości wynikom badań bakteryologicznych. Nigdy też nie mogli oni podzielić przesadzonej trwogi przed prątkami, tak rozpowszechnionej przez bakteryologów, jakoteż nie mogą nie liczyć się z usposobieniem dziedzicznem, zaprzeczanem przez bakteryologów. Dogmata, głoszone przez bakteryologię, nie sprawdzają się i bakteryologowie sami zwalczają dogmat, jakoby gruźlica, co do powstania jej i przebiegu, była już zupełnie wyjaśnioną chorobą zakaźną. Koch sam zburzył swoją nową teoryą (o nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka), znaczną część swego własnego dzieła. Behring wystąpił z teoryą, wręcz przeciwną nauce Kocha, a jego znowu zwalczają inni uczeni. Rozstrzygnięcie zaś tych spraw spornych jest zadaniem jedynie doświadczenia klinicznego, które potwierdza niektóre nowsze wyniki badań bakteryologicznych, lecz wykazuje zarazem, że wiele ważnych punktów co do istoty gruźlicy nie zostało jeszcze wyjaśnionych i że obraz gruźlicy może się jeszcze inaczej przedstawić, niż to dotychczas czyniono. I tak Wolff na podstawie swoich doświadczeń klinicznych już dawno wypowiedział to samo, co niedawno Behring, mianowicie, że zakażenie gruźlicą jest prawie ogólne i że prawie zawsze następuje ono już w dzieciństwie; że choroba zostaje potem często utajoną i jeśli w wieku późniejszym się rozwija, to nie z powodu ponownego zakażenia. Zakażenie i początek choroby, szczególnie w wieku dojrzałym, są czasowo rozdzielone. Tak samo Heubner uważa obecnie każdą postać zołzów, tak bardzo rozpowszechnionych u dzieci, za zakażenie gruźlicze. Trafne i zgadzające się z spostrzeżeniem klinicznem jest też rozróżnienie Behringa między gruźlicą a suchotami, a sanatorya nowoczesne nie są bynajmniej lecznicami gruźlicy, lecz czynią ją utajoną i mają tylko chronić gruźliczego osobnika od suchot. Wyleczenie zaś jest zawsze względne, a nieczynna z powodu leczenia gruźlica może przy każdej sposobności rozwinąć się w suchoty. Behring twierdzi również, że ponowne zakażenie osobników, już od dzieciństwa gruźliczych, nie jest możebnem, a jeśli się wydarza, to chyba tylko wśród pewnych nadzwyczajnych warunków. Lecz właściwie ani Koch, ani też Behring i inni bakteryolodzy, klinicyści i lekarze nie zajmowali się bliżej tem ważnem zagadnieniem, czy człowiek, który już przebył zakażenie gruźlicze, może mu uledz po raz wtóry? Schwarzkopf na podstawie swego materyału poliklinicznego doszedł do wniosku, że dla rozwoju jawnej gruźlicy płuc zakażenie prątkami gruźliczymi, wywołane przez nieostrożne obcowanie z suchotnikami, odgrywa ważną rolę, że dla powstania gruźlicy płuc po największej części wymagane jest częste i ciągłe zakażenie, że zaś samo obciążenie dziedziczne na powstanie jawnej gruźlicy niema najmniejszego wpływu. W. jednak sądzi, że w rzeczywistości tak nie jest, gdyż pomimo że w warstwach wykształconych panuje przeciwnie przesadzona trwoga przed zarażeniem się, pomimo że dwudziestoletnia walka przeciw niechlujności suchotników nie została bezowocną tak, że w sferach wykształconych wprost trudno o sposobność ciągłego zarażania się, zdarzają się ciągle przypadki gruźlicy u osób młodocianych, dzieci właśnie bogatych rodziców, które od młodości były dobrze pielęgnowane i odosobnione tak, że od urodzenia zakażenie było utrudnione, a nawet uniemożebnione. Nie inaczej więc, tylko że już najmniejsza i przejściowa sposobność zakażenia może potem wywołać suchoty. Statystyka z materyału poliklinicznego nie może też udowodnić, że obciążenie dziedziczne niema najmniejszego wpływu na powstanie jawnej gruźlicy płuc. Tu należy badać dokładnie każdy pojedynczy przypadek i codzienne doświadczenie lekarzy zakładów sanatoryalnych wykazuje przeciwnie, że usposobienie dziedziczne, albo lepiej powiedziawszy rodzinne, wywiera ogromny wpływ na schorzenie suchotnicze; lecz trzeba zawsze uwzględnić nietylko przypadki śmierci z gruźlicy, ale także wszelkie przypadki podejrzane i wyleczone, a pokaże się, że im więcej wyrażone jest usposobienie rodzinne, tem mniejsze przyczyny wystarczą dla wywołania choroby i przeciwnie. Co się zaś tyczy możliwości ponownego zakażenia, to W. sądzi, że gruźlica, która pod względem zakażenia przewlekłego, a często utajonego przebiegu, rozmaitego umiejscowienia, równa się kile i trądowi, i pod tym względem nie różni się od nich. I w gruźlicy ponowne zakażenie niema miejsca, a jeśli lekarz dokładnie bada, to zawsze stwierdzi, że pierwsze ślady chorobowe ukazały się już dawniej przed zjawieniem się widocznych objawów choroby; zołzowe schorzenia w dzieciństwie, skłonność do zapaleń i nieżytów płucnych, przejściowe wychudnienia, czasowe krwioplucie, bóle „gośćcowe“, ograniczone do jednego barku i boku i t. p., są to objawy, które już dawno poprzedziły wybuch choroby i ukazują się później jako objawy utajonej gruźlicy lub początkowych suchot, a wskazują zarazem, jak choroba powoli i wśród wahań stanu zdrowia się rozwinęła. W licznych przypadkach wyraźniejsze schorzenie rozwinęło się pod wpływem cielesnych uszkodzeń i duchowego przygnębienia. W tem jednak zgadzają się spostrzeżenia kliniczne i badania bakteryologiczne, że świeże zewnętrzne zakażenie u gruźliczych może nastąpić, lecz zostaje lekkie i powierzchowne, n. p. na skórze toczeń, wrzód gruźliczy i t. d. Tak też powstają zakażenia wtórne na miejscach usposobionych. Sprawy gruźlicze powstają i szerzą się na drodze krwionośnej i nagabują przytem narządy, skądinąd już osłabione, jak schorzałe wskutek innych spraw płuca, upośledzone przez zniekształtnienie klatki piersiowej, lub osłabione przez cukrzycę i t. d.; musimy więc jeszcze uznawać usposobienie miejscowe różnych narządów i ich części. Wrota zakażenia zaś są różnorodne; odgrywają tu rolę i gruźlica zwierzęca i mleko krowie, wdychanie jak i pożywienie, a zakażenie przez skórę i błony śluzowe również jest prawdopodobnem, jak we wszystkich innych chorobach zakaźnych. Błędem jednak jest wnioskować z umiejscowienia rozwiniętej już choroby o sposobie jej wkroczenia i szerzenia się, jak to chcieliby właśnie czynić patologowie przy gruźlicy. Gruźlica więc jest

przewlekłą i zakaźną chorobą konstytucyjną, szerzącą się drogą krążenia na wszystkie narządy; jednorazowe zakażenie, które najczęściej następuje w dzieciństwie, wystarcza dla późniejszego schorzenia na suchoty, a wtórne zarażenie zostaje tylko sprawą powierzchowną bez dalszych następstw. *Dr. J. Fels.*

Prof. Wilms (Lipsk). **Przeczulica strefowa przy ranach postrzałowych głowy.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1904). Head wykazał, że w przeważnej liczbie chorób narządów wewnętrznych można znaleźć na powierzchni skóry okolice dotknięte przeczulicą, których położenie zależne jest od narządu zajętego chorobą. Z różną dla różnych narządów pewnością zdołano dotychczas oznaczyć położenie tych przeczulic; najmniej dokładnie jest ono znane przy zmianach w mózgu. Autor opisuje przypadek rany postrzałowej, w którym pocisk, przebiwszy kość czołową nieco na prawo od gładyszki, wszedł w płat czołowy prawej półkuli mózgu, mniej więcej $1^{1}/_{2}$ ctm. pod jej powierzchnią środkową i dostał się do komory mózgowej. W ślad za tem można było wykazać przeczulicę skóry na dolnej części kości potylicznej, na karku i szyi. Przeczulica ta była rozłożona symetrycznie po obu stronach, a sięgała aż do obojczyków. Tę zmianę czuciową uważa autor za strefę Heada i tłómaczy jej powstanie analogicznie do powstawania innych podobnych stref podrażnieniem śródczaszkowych splotów nerwu spółczulnego, które, przenosząc się przez górny zwój szyjny na pierwszy odcinek szyjny, promieniuje stąd przez nerwy odśrodkowe na odpowiednie okolice skóry. Przypuszczano, iż takie strefy przeczulicy na szyi występują tylko w tych przypadkach, w których zatoka poprzeczna została uszkodzoną. Ponieważ jednak nie we wszystkich przypadkach, w których zatoka ta była uszkodzoną, znaleziono taką przeczulicę, w przypadku zaś opisanym przeczulica wystąpiła, mimo że zatoka była nienaruszoną, zatem autor przypuszcza, iż do jej powstania potrzebnem jest albo zniszczenie splotów okołonaczyniowych nerwu spółczulnego na bardzo dużej przestrzeni, albo też uszkodzenie opon w miejscu wyjątkowo bogatem we włókna tego nerwu. Należy przypuszczać, iż dalsze tego rodzaju przypadki nadadzą przeczulicom strefowym wartość przy oznaczaniu lokalizacyi zmian mózgowych. *Dr. A. Rydel.*

Leick. **Leczenie moczówki prostej wstrzykiwaniami strychniny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33, 1904). Przypadek ten dotyczy 49-letniego zdrowego dotychczas człowieka, który po upadnięciu ze schodów doznał silnego wstrząśnienia ośrodkowego układu nerwowego, w następstwie czego rozwinęła się typowa moczówka prosta (*diabetes insipidus*). Pod wpływem wstrzykiwań strychniny — (razem otrzymał chory w 20 dniach 0·0905 tego leku w 15 wstrzykiwaniach) — spadła ilość moczu z 8000 ctm.^{3} do 3400 ctm.^{3}. Wkrótce wystąpiły objawy zatrucia, wobec czego przerwano lekowanie, a mimo to ilość moczu ciągle opadała, dochodząc wreszcie do 1700 ctm.^{3}. Znamienną jednak w tym wypadku jest ta okoliczność, że nader nizki (1·005) ciężar gatunkowy moczu nie zmienił się, co wielce przemawia na korzyść strychniny; — gdyby bowiem wyleczenie nastąpiło samoistnie, możnaby bezwątpienia wraz z opadnięciem ilości moczu stwierdzić wzrost ciężaru gatunkowego. Ile jednak z tego kłaść na karb działania strychniny, autor nie rozstrzyga: w każdym razie przypadek ten wielce zachęca do dalszych prób. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Opitz. **Widoki na wyzdrowienie, oraz leczenie posocznicy połogowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 27). Chirurgiczne leczenie gorączki połogowej, polegające na podwiązaniu i usunięciu schorzałych żył według Trendelenburga, lub wycięciu macicy według B. S. Schultzego, jest zdaniem autora możliwe tylko wyjątkowo, gdyż ustalenie wskazań, a czasem nawet rozpoznanie natrafia na wielkie trudności. O wiele lepiej jest usiłować wzmocnić ustrój i przygotować go do walki z chorobą, a więc leczenie zapobiegawcze. W razie wybuchu choroby należy się starać o bezwzględny spokój, staranne odżywianie ciałami białkowatemi, cukrem, mlekiem, (mało napojów wyskokowych), lewatywami odżywczemi, wlewaniami roztworu fizyologicznego, wreszcie leczyć lekami, jak piramidon, fenacetyna, salipiryna, w razie potrzeby kamfora i naparstnica. Leczenie w razie potrzeby można wzmocnić podawaniem nukleiny według Hofbauera, antypiryny i śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu, które dawały autorowi bardzo dobre wyniki, podczas gdy wcierania maści Credégo były w dwóch przypadkach zupełnie bezskuteczne. Wielki nacisk kładzie autor na dobrą i staranną opiekę. *B. Żmigród.*

Ganghofner i Langer. **O wessaniu rodzimych** (*genuin*) **ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt i oseskow.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Autorowie streszczają wyniki swojej pracy w następujących zdaniach: 1. Wprowadzone przez usta gatunkowo obce białko zostaje po części w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt wessane bez zmiany. Właściwość ta dała się doświadczalnie wykazać do końca pierwszego tygodnia życia. Począwszy od ósmego dnia życia nigdy jej nie stwierdzono. 2. Także u oseska można było stwierdzić podobny stosunek; możliwe jest, że u oseska przejście niezmienionego białka do krwi trwa nieco dłużej, co da się wyjaśnić dopiero przez dalsze tego rodzaju badania. 3. Przewód pokarmowy zwierząt starszych nie przepuszcza wśród prawidłowych warunków obcego gatunkowo białka, wprowadzonego przez usta. Jeśli się zaś wprowadza białko w nadmiarze, lub jeśli zachodzi anatomiczne, względnie czynnościowe, uszkodzenie nabłonka pokarmowego, wtedy i u zwierząt starszych można stwierdzić przejście niezmienionego białka do krwi obiegu. 4. Wessanie niezmienionego białka w przewodzie pokarmowym wywołuje, jak to autorowie mogli wykazać w jednym przypadku u nowonarodzonego koźlęcia, tworzenie się niweczników (*Antikörper*). Sprawa ta, jako następstwo jelitowego wprowadzenia białka, wywołuje u zwierząt najczęściej schorzenie, zawsze zaś wychudnienie, a często i zgon. Z tego punktu widzenia należy o tem pamiętać, że wprowadzenie gatunkowo obcego białka tak u prawidłowego noworodka, jak i u starszego oseska z chorym przewodem pokarmowym, może działać szkodliwie przez to, że przechodzi ono niezmienione do krwi i wywołuje swoisty odczyn ustroju. *Dr. J. Fels.*

Dr. Klingmüller. **Przyczynki do gruźlicy skóry.** (*Archiv für Dermat. und Syph.* t. 69, z. 1 i 2, 1904). Liszaj zołzowatych jest chorobą skóry, występującą u osób gruźliczych i powstającą nie w następstwie bezpośredniego działania prątków gruźliczych, lecz przez jady, wytwarzane przez prątki gruźlicze. Cierpienie to występuje tylko u takich ludzi, którzy zresztą dotknięci są gruźlicą, a mianowicie jej postaciami przewlekłemi. Co się tyczy patogenezy jednego przypadku wyprysku zołzowatych (*eczema scrophulosorum*), przypisuje autor, że możebną jest taż sama etyologia, co w liszaju zołzowatych. Przypadki, które autor nazywa postaciami przejściowemi, mają jako wspólną cechę to, że ich wyrzuty mają budowę guzkową. Szybkie gojenie się ich po zastosowaniu tuberkuliny poucza, że tylko jady prątków gruźliczych mogą patogenetycznie być przyczyną powstawania takich postaci. Przynależności ich do gruźlicy dowodzi z drugiej strony miejscowy odczyn na tuberkulinę. Przypadki, opisane jako „tuberkulidy", należy pod względem etyologicznym również wprowadzić w związek przyczynowy z gruźlicą i jadami prątków gruźliczych, podczas gdy prawdziwy liszaj żrący z pewnością zostaje wywołany prątkami gruźliczymi, zdolnymi do mnożenia się. *Baschkopf.*

Calcar. **Skład jadu błoniczego.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39, 1904). Ehrlich rozróżnia w jadzie błoniczym toksynę i tokson. Obie te substancye są wytworami wydzielniczymi laseczników błoniczego. Podczas gdy toksyna po okresie wylęgania, który trwa zaledwie kilka godzin, wywołuje objawy ostrej choroby błoniczej, to tokson dopiero po tygodniach działa na układ nerwowy i wywołuje charakterystyczne porażenia błonicze. Ponieważ tokson trudniej się łączy z antytoksyną, aniżeli toksyna, dlatego też działanie jego występuje szczególnie wtenczas, kiedy toksynę zobojętniamy antytoksyną. Calcarowi udało się oddzielić tokson i toksynę zapomocą modyfikacyi w dyalizie. Dyaliza pewnej substancyi przez błonę jest zależną od stosunku objętości molekularnej tej substancyi do szerokości przestworów międzykomórkowych danej błony. Przestwory międzykomórkowe błony możemy powiększyć przez podwyższenie napięcia. Calcar, dając bulion jadu błoniczego do naczynia, uwalnia najprzód przez dyalizę sole, potem powiększa napięcie błony i przy pewnej granicy napięcia przechodzą toksyny. Gdy po przejściu toksyn badamy bulion, wstrzykując jad błoniczy królikowi, to przekonamy się, że miejscowo nie występują żadne zmiany, a dopiero po sześciu tygodniach porażenia błonicze. Jeżeli jeszcze zwiększymy napięcie błony, wówczas przechodzą także i toksyny, które wywołują ostre objawy błonicy.

Dr. Jakób Sokal, Lwów.

Prof. Pel (Amsterdam). **Myastenia rzekomoporaźna z zanikiem języka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35, 1904). P. opisuje typowy przypadek myastenii u 22-letniej dziewczyny. Niezwykłem było to, iż język dotknięty był wybitnie zanikiem, a żaden z licznych mięśni, chorobą zajętych, nie przedstawiał elektrycznego myastenicznego odczynu. Aczkolwiek Oppenheim, pierwszorzędny znawca tej choroby, zalicza przypadki przebiegające z zanikiem mięśni do atypowych, to jednak wśród najnowszych prac coraz częściej zaczyna się pojawiać zapatrywanie, iż w każdym dostatecznie długo trwającym przypadku mogą wystąpić zaniki mięśni. Przypadek opisany przedstawia interes jeszcze i pod tym względem, iż zwykle zupełnie ciemna etyologia zdawała się tym razem polegać na nadmiernej (dziennie 15 godzin trwającej) pracy, wykonywanej w warunkach bardzo niekorzystnych. *Dr. Adam Rydel.*

Doc. Neumann. **O chorobach zapalnych wewnętrznych narządów kobiecych.** (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, z. 6, 1904). Zachowawcze leczenie zapalenia okołomacicznego i przydatków polega przeważnie na stosowaniu ichtyolu, gliceryny z jodem, heroiny i innych leków kojących. W szczególności chlorek heroiny, w rozczynie 1: 1000 gliceryny, wprowadzony na tamponie do pochwy, poleca autor gorąco. Działanie heroiny podobne jest do działania innych przetworów makowca i chloralu. Własności usypiających przy stosowaniu przez pochwę autor nie zauważył, heroina działa kojąco jedynie miejscowo i to, jak się zdaje, przez wessanie. Wpływ kojący jest często nadzwyczaj szybki, szczególnie w rzeżączkowem schorzeniu przydatków i otrzewnej miedniczej. Ale i w zapaleniu otrzewnej miedniczej z innych przyczyn okazał się chlorek heroiny bardzo skutecznym, jak również przy obrzmieniu jajników. Już w godzinę po wprowadzeniu tamponów znikają dolegliwości, a polepszenie to trwa 12—18 godzin. *Baschkopf.*

M. Koch. **Ciało obce (żelazo) wrośnięte w lewej komorze serca.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 28). Przy sekcyi zwłok 72-letniego mężczyzny znaleziono w miejscu, położonem między przednią ścianą lewej komory i przegrodą komór ciało metaliczne, spiczaste, wrośnięte w mięsień sercowy. Dokoła tego ciała nie było żadnych śladów jakiegokolwiek odczynu; sekcya też nie dała w tym kierunku żadnego wyjaśnienia; wykazała ona gruźlicę, a nadto miażdżycę tętnic. W wywiadach, wziętych z historyi choroby, nie znaleziono żadnych szczegółów, któreby wytłómaczyły znalezienie tego ciała obcego w mięśniu sercowym. Objawy chorobowe również nie przemawiały za istnieniem takiego ciała obcego. *B. Żmigród.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W odczycie wygłoszonym w Towarzystwie otologów wiedeńskich oświadczył Urbantschitsch, że doświadczenie dotychczasowe przekonało go o wielkiej skuteczności tigenolu w chorobach usznych. W ropnych i na tle żółciołojakowem powstałych zapaleniach zapuszczał on krople podług następujących wzorów:

1) *Thigenol 5·0*
Spir. rectif. 20·0
Aq. destil. 10.

2) *Thigenol 5·0*
Aq. hydrogenii peroxydati (6%) 20·0
Spir. rectif. 10·0.

Tigenol przez swoje działanie uśmierzające ból korzystnie wpływa i w ostrych zapaleniach bez przedziurawienia bębenka tak, że przy zastosowaniu tego leku zapobiega się często konieczności przekłucia bębenka. W tym celu Urbantschitsch poleca:

Thigenol 2·0—4·0
Aq. destil. } *aa 10·0.*
Glycerini }

Krople te również są skuteczne w rozlanem zapaleniu ucha zewnętrznego, połączonem z silnem swędzeniem. W 5%-owej maści (z waseliną) tigenol leczy wyprysk w uchu zewnętrznem. *A. K.*

O niebezpieczeństwach wstrzykiwań śródmacicznych. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 17, 1904). Przepłókiwania śródmaciczne już nieraz wywołały groźne objawy: tłómaczono je to wessaniem trującego przetworu odkażającego, to znowu (Olshausen) dostawaniem się powietrza do żył, a czasem ogólnem gnilnem zakażeniem ustroju. Prof. Zweifel sądzi, iż wszystko to nie wyjaśnia jeszcze w zupełności takich objawów, jak krwioplucie, hemoglobinurya i t. d. Stan ten można wytłómaczyć jeszcze w ten sposób, że woda, dopływająca do macicy, rozpuszcza krew, co prowadzi do jej krzepnięcia, do zawałów płucnych i do hemoglobinuryi; dlatego do przepłókiwań macicy należy używać nietylko przegotowanej wody, ale także przegotowanego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Wstrzykiwać trzeba tylko bardzo małą ilość, by zwilżyć jedynie błonę śluzową macicy. Ważnym jest też wybór przetworu do wstrzykiwań śródmacicznych: 2—5% rozczyn azotanu srebrowego, 5—20% protargolu, 5—10% alumnolu, 20—30% formaliny (z 25% zawartością $HCHO$); jodyna w różnem rozcieńczeniu, 5—20% chlorku cynkowego, rozczyn półtorachlorku żelaza. Ze wszystkich rozczyn chlorku żelaza jest najniebezpieczniejszy. Rozumie się samo przez się, iż dozwolone są wogóle zabiegi śródmaciczne, jeżeli nie istnieje zapalenie macicy, lub jej otoczenia. *Baschkopf.*

Burhardt i Schlockow. **Arhovina, nowy środek przeciwrzeżączkowy.** (*Medizinische Woche* 1904, Nr. 48). W pierwszej części swej pracy stwierdzają autorowie, że arhovina działa w moczu silnie bakteryobójczo. Mętny mocz wyjaśnia się już po kilku dniach. Zaletą arhoviny ma być własność zamieniania się już w ustroju na związki, działające bakteryobójczo. Nie bez znaczenia jest to, że arhovina zdaje się zapobiega rzeżączkowym zapaleniom stawów i wsierdzia, powstającym przerzutowo, a niema wątpliwości, że większa część tych zapaleń rozwija się właśnie w ten sposób.

Autorowie podawali trzy razy dziennie 1 do 3 kapsułek z arhoviną, zależnie od ciężkości przypadku, i opisują szereg przypadków rzeżączki, leczonych tym środkiem tylko wewnętrznie. Oprócz ostrego i przewlekłego rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej, leczyli autorowie arhoviną rzeżączkowe zapalenie pęcherza, a nadto proste zapalenie pęcherza. Wyleczenie następowało zazwyczaj wcześniej, niż po dawniej używanych w tym celu środkach; skutków ubocznych, jak np. zaburzeń żołądkowych, podrażnienia nerek, nie zauważano.

Zdaniem autorów nadawałaby się arhovina szczególnie w postaci oliwy arhovinowej (*Arhovin 2·0, Ol. olivar ad. 100·0*) do napajania tamponów pochwowych w leczeniu rzeżączki u kobiet (co rzeczywiście potwierdziły dalsze badania). Można także zamiast oliwy arhovinowej używać pręcików i czopków (*globuli vaginales*) arhovinowych, które wyrabia zakład chemiczny Dr. Horowitza w Berlinie. *Z.*

* * *

V. Sprawozdanie z 29-go Zjazdu Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Gdańsku dn. 14—17 września b. r.

Zestawił

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie).

Drugi dzień Zjazdu wypełniły referaty prof. Esmarcha z Getyngi, prof. Rietschla z politechniki berlińskiej, Dr. Mugdana i G. Meyera. Temat pierwszego referatu brzmiał: „Jakie wymagania stawia higiena metodzie ogrzewania centralnego“. Kwestya ogrzewania centralnego, omawiana kilkakrotnie już na zebraniach Towarzystwa higienicznego, w tym roku wziętą została na porządek dzienny w celu zastanowienia się nad nią pod względem zasadniczym. Wybrani referanci Esmarch i Ritschel przedstawili ją nietylko pod względem wymagań teoretycznych, ale i w kierunku, o ile wykonanie w praktyce odpowiada żądaniom teoretycznym. Wywody swoje ugrupowali referenci około następujących wytycznych: Pod względem higienicznym żądać należy od każdego urządzenia, służącego do ogrzewania centralnego, jak i przy użyciu pieców w poszczególnych ubikacyach, by I) ciepłota w ogrzewanej przestrzeni niezależnie od pogody była zawsze jednostajną i odpowiadała przeznaczeniu danej przestrzeni; by II) ogrzewanie ubikacyi nie oddziaływało ujemnie na jakość zawartego w nich powietrza; by III) działalność urządzenia była prosta, pewna, bezpieczna i nie narażała na jakiekolwiek przykrości mieszkańców i ich sąsiadów. Zadania te trudno w praktyce w całości przeprowadzić; dobrze obliczone i wykonane urządzenie do ogrzewania centralnego winno jednak spełnić następujące warunki:

ad I) 1) Przy dobrej obsłudze ogrzewania centralnego ciepłota ubikacyi, mierzona na wysokości głowy dorosłego człowieka, nie powinna przekraczać ani w kierunku podniesienia, ani obniżenia, zakreślonej poprzednio ciepłoty więcej nad 1 stopień. Dozwolić tylko można, aby w galeryach i innych wysokich ubikacyach (salach, teatrach, kościołach) ciepłota, mierzona na wysokości głowy, przekraczała — z góry określoną — najwyżej do 2 stopni.

2) Ilość ciepła, dostarczanego do izb, sal i t. p. winna się dać regulować w szerokich granicach: a) regulacya winna być, o ile idzie o wyrównanie różnic, zależnych od pogody, centralną (tj. dla wszystkich ubikacyi jednoczesną), o ile zaś czynić ma zadość zmiennym żądaniom w poszczególnych ubikacyach, winna być zdecentralizowaną; b) należy dążyć do regulowania ciepłoty urządzeniami automaty-

cznemi; c) w ubikacyach, w których jednocześnie znajduje się znaczna liczba osób (w szkołach, teatrach, salach zgromadzeń i t. d.), jakoteż ogrzewanych palnikami lamp, ciepło tych nowych źródeł cieplika winno być uregulowane szybko osobnemi urządzeniami. Jeżeli w ostatnim przypadku nie można osiągnąć ciepłoty, z góry wymaganej, zmniejszeniem lub przerwą ogrzewania centralnego, należy doń dążyć wydatniejszem przewietrzaniem, wzgl. odpowiednią zmianą w sposobie oświetlenia, albo wreszcie ochłodzeniem sztucznem.

3) Rozmieszczenie ciepła w pokojach, wprowadzonego ogrzewaniem centralnem, winno być równomierne w kierunku poziomym; — w kierunku zaś pionowym nie powinna zachodzić różnica między ciepłotą przy podłodze, a na wysokości głowy, wyżej nad 1—2 stopni.

ad II) Ogrzewanie centralne nie powinno oddziaływać ujemnie na jakość powietrza w ogrzewanych ubikacyach, ani przez gromadzenie śmieci, ani przypalenie zawartych w powietrzu pyłków organicznych, ani wytworzeniem gazów lub wprowadzeniem dymu, sadzy, pyłu i jakichkolwiek woni; nie powinno też wpływać na obniżenie, ani zwiększenie zawartości w powietrzu wilgoci poza granicami 40—60% wilgotności bezwzględnej.

ad III) Obsługa znajdujących się w ubikacyach ogrzewalników (piecyków) i przyrządów winna być łatwą, nie wymagającą szczególnej biegłości. Toż samo odnosi się również i do palenisk, o ile rozmiary całego urządzenia nie wymagają osobnej obsługi. Urządzenia większe wymagają posługi osobnej; — w nich należy wykluczyć posługę dorywczą (nie stałą). Urządzenia co do centralnego ogrzewania nie powinny wydawać przy działaniu szelestu, a paleniska mają wszystko spalać możliwie bez dymu. Rodzaj i sposób rozpisywania konkursów na urządzenia do ogrzewania centralnego odgrywa rolę nader ważną wobec wymagań higienicznych i technicznych. Zaleca się współubieganie na podstawie z góry nakreślonego programu, stawiającego wykonawców na równi bez ograniczenia swobodnego przedstawienia swych wiadomości i doświadczenia praktycznego; zwalczać zaś należy rozpowszechnione współubieganie ze zniżką kosztów.

Referaty powyższych dwóch prelegentów, uznane ogólnie przez Zjazd za znakomite, zawierały bardzo wiele pouczających wskazówek do tego przedmiotu. Ze względu, że sprawozdanie moje przeznaczone jest dla ogółu lekarzy, pominąć muszę nader trafne uwagi teoretyczne i praktyczne co do ogrzewania centralnego; ograniczę się przeto do szerszego omówienia tych ustępów z powyższych referatów, które dla lekarza mogą przedstawiać większe zainteresowanie pod względem fizyologicznym i higieny indywidualnej. Zdaniem Esmarcha ogrzewanie centralne winno ogrzewać ubikacye nie przez promieniowanie, lecz przez krążenie powietrza ciepłego, przyczem jednak ruchu powietrza nie powinniśmy odczuwać; w mieszkaniach przeto ruch powietrza nie powinien przekraczać 1/2 m. na sekundę; w innych ubikacyach można się zgodzić na szybkość 2 m Przyczyny, dla których powietrze przy ogrzewaniu centralnem się psuje, polegają na zanieczyszczeniu tlenkiem i bezwodnikiem węgla, na wnikaniu kurzu i sadzy przewodami wentylacyjnymi, na dostawaniu się gazów cuchnących i materyałów trujących. Szczególnie zawartość kurzu może wpływać nader ujemnie na jakość powietrza i przez produkta przypalenia wzgl. przez suchą destylacyę na przegrzanym piecu centralnym lub na poszczególnych piecykach powodować te nieprzyjemne następstwa, które określa się zwykle, jako pochodzące rzekomo ze znacznego wysuszenia powietrza. Unika się w tym kierunku zepsucia powietrza przez urządzenie piecyków, ogrzewanych systemem prof. Nusshauma, przy którym ciepłota dochodzi 70°, najwyżej 80°, a nie jak zazwyczaj spotkać można, prawie 100°. Ujemnego wpływu na zdrowie ludzkie przez zmniejszenie wilgotności powietrza nie należy się obawiać przy ogrzewaniu centralnem, jeżeli tylko ciepłota ubikacyi utrzymuje się w granicach z góry zakreślonych. Stąd też nie zachodzi wogóle potrzeba ustawiania miseczek z wodą przy piecykach ogrzewanych centralnie Wyjątek w tym kierunku zachodzić może jedynie czasami przy równoczesnem urządzeniu wentylacyi. Nie należy się bowiem w przeciętnych warunkach obawiać obniżenia wilgotności powietrza poniżej 30% wilgotności względnej; natomiast częściej przekroczenia górnej granicy, przy której ustrój nasz czuje się dobrze, a będącej w pobliżu 60% wilg. względnej.

Prof. Rietschl ze stanowiska technicznego uzasadniał, że prawie wszystkie przez poprzednika jego zaznaczone wymagania teoretyczne dadzą się spełnić przy ogrzewaniu centralnem, oraz przedstawił sposób ich spełnienia.

W dyskusyi nad powyższymi referatami zabierali głos prof. Nusshaum z Hannoweru i Schneider z Magdeburga.

Drugim tematem tego dnia było „Wykształcenie i organizacya personalu dla opieki nad chorymi“; referowali: Dr. Mugdan i prof. G. Meyer z Berlina. Temat to nader ważny nietylko dla lekarzy szpitalnych, lecz i prywatnych; pragnę go przeto omówić szerzej.

Dr. Mugdan przedstawił projekt stosunków prawnych osób, trudniących się zawodowo opieką nad chorymi. Od pragnących nosić tytuł „egzaminowanego (nej) posługacza (posługaczki) chorych“ „*Krankenpfleger(in)*“ wymaga się w Niemczech świadectwa odpowiedniego. Każdy szpital publiczny i prywatny zakład leczniczy musi posiadać na 10 łóżek jedną tego rodzaju osobę, ogółem zaś najmniej dwie; w służbie gminnej zajęte być winny tylko osoby ukwalifikowane. Osoby pełniące posługi przy chorych winny być ustawowo ubezpieczone na wypadek choroby; pełniące zaś tę czynność bez przerwy przez lat 10 winny mieć prawo do emerytury 500—600 marek rocznie. Na fundusz emerytalny składać się mają szpitale w stosunku do ruchu chorych w szpitalu i liczby zajętych łóżek, sami posługacze kwartalną kwotą 4—5 marek, zaś gminy (również wyznaniowe), zajmujące swych funkcyonaryuszów do opieki nad chorymi poza szpitalem, za jednego funkcyonaryusza kwotą w wysokości tej, jaka wypada w stosunku za 5 łóżek szpitalnych. Za członków zakonów i stowarzyszeń religijnych, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, płaci zarząd, wzgl. stowarzyszenie religijne i na te też stowarzyszenia przechodzi prawo pobierania emerytur i wynagrodzeń w razie choroby którego z ich członków. Gdyby taki posługacz dla chorych po 10-letniej służbie w szpitalu powszechnym przeszedł do prywatnego zakładu, wzgl. samoistnego zajęcia, przysługiwać im również winno prawo do emerytury.

Drugi referent prof. Meyer zaznaczył na wstępie, że dążyć należy do powierzenia opieki nad chorymi głównie kobietom. Tylko w pewnych przypadkach nie można się obejść bez służby męzkiej w oddziałach dla obłąkanych i męzkich oddziałach chorób wenerycznych. Wykształcenie posługaczów (posługaczek) winno być teoretyczne i praktyczne; teoretyczne winno trwać co najmniej 1/2 roku i obejmować naukę anatomii, fizyologii, nauki o objawach chorób, higieny indywidualnej i nauki o pielęgnowaniu chorych. Szczególny nacisk położyć należy na wykształcenie służby tej w mięsieniu, zabiegach wodoleczniczych, w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, oraz w układaniu i przewożeniu chorych. Tak teoretycznej, jak i praktycznej nauki udzielać należy w szpitalu, a całość wykształcenia zajmie 2 lata. Ćwiczenia praktyczne obejmować mają wyćwiczenie w pielęgnowaniu we wszystkich poszczególnych działach medycyny praktycznej na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych, chorób ocznych, usznych, kobiecych, skórnych i płciowych, jakoteż i położniczych. W czasie tej nauki winien lekarz wraz z przełożoną nad służbą udzielać zasad etyki osób, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, przełożona zaś nadto wszystkich zabiegów, odnoszących się do pielęgnowania wyłącznie kobiet. Po ukończonych kursach od-

bywać się ma egzamin przy uczestnictwie reprezentanta rządowego. Osoby uzdolnione otrzymują atest, uprawniający je do tytułu egzaminowanego posługacza dla pielęgnowania chorych, wzgl. masażysty (masażystki). Osoby, nie zajęte w szpitalach (prywatnie lub w służbie miejskiej, gminnej), winny być obowiązane w pewnych określonych odstępach czasu do uzupełniających kursów, najmniej 2-miesięcznych w szpitalach.

W dyskusyi nad powyższym tematem przedstawił Lütter z Berlina szereg ciekawych wiadomości o społecznem, materyalnem i naukowem stanowisku „sióstr“ Charité berlińskiej i zarządzeniach, korzystnych dla umiejętnej opieki nad chorymi. I on skarżył się również na bardzo lichy materyał wśród posługi męzkiej i zaznajomił zgromadzonych z pewnymi urządzeniami odnośnie do omawianego tematu, które napotkał w Skandynawii. Dr. Jakobsohn i Freymut potwierdzili żądania referentów, zaś prof. Petersen uważał egzamin za niepotrzebny.

Ostatni dzień Zjazdu wypełniły referaty, dotyczące „Miejskich zakładów do czyszczenia wody kanalowej i ich odpadków.“ Temat ten nader żywotny dla higieny miejskiej i absorbujący od szeregu lat umysły i siły wielu higienistów i pracowni higienicznych, posiadał w inżynierze Bredtschneiderze i profesorze Proskauerze, kierowniku jednego z oddziałów w berlińskim zakładzie dla badania chorób zakaźnych znakomitych referentów. Nie nadaje się jednak temat ten, jako interesujący głównie zawodowych higienistów do obszerniejszego streszczenia w piśmie wyłącznie lekarskiem; ograniczę się przeto do przedstawienia wyłącznie myśli referatów powyższych.

1. Zanieczyszczenia miejskich wód ściekowych organiczne i nieorganiczne można według ich ciężaru właściwego rozdzielić na takie, które łatwo opadają i na takie, które utrzymują się w płynie, — zaś według masy na wielkie, drobne, rozdzielone w postaci zawiesiny i najdrobniejsze (wzgl. rozpuszczone). Zanieczyszczenia organiczne ulegają w ciepłej wodzie ściekowej przemianie częściowo drogą gnicia i butwienia, częściowo mechanicznie przez roztarcie i rozdrobnienie mas.

2. Urządzenia służące do „wyjaśniania“ wody ściekowej *(Klärlagen)* pozbawiają ją zanieczyszczeń jedynie tylko do pewnego stopnia, pozostawiając w niej przeważającą część ciał najdrobniejszych (wzgl. rozpuszczonych); urządzenia, służące do czyszczenia wody ściekowej *(Reinigungsanlagen)* pozbawiają ją zanieczyszczeń w stopniu bardzo wybitnym, odpowiadającym wymaganiom higieny.

3. Według dzisiejszego stanu nauki i techniki zaliczyć można do sposobów oczyszczania wód ściekowych jedynie irygacyę gruntu i tak zwany sposób biologiczny. Oba sposoby pozwalają na całkowite wydzielenie z wody ściekowej wielkich i drobnych składników zanieczyszczających i stosunkowo bardzo znacznej ilości składników najdrobniejszych (wzgl rozpuszczalnych); wydzielenie składników ostatnich przez irygacyę jest pewniejsze i gruntowniejsze, aniżeli w urządzeniach biologicznych.

4. Jakkolwiek do czyszczenia miejskiej wody ściekowej można użyć wymienionych metod czyszczenia, wskazanem jest jednak tak ze względów praktycznych, jakoteż i kosztów, poddawać wodę ściekową wstępnym manipulacyom czyszczenia w osobnych urządzeniach. Zaliczone do wstępnych urządzeń siatki pozwalają na zatrzymanie jedynie większych zawieszonych składników, osadniki zaś piaskowe na oczyszczenie większych składników opadających; zbiorniki, wieże i studnie używane do podczyszczania wody ściekowej, spełniać mogą zadanie swe tylko w myśl punktu 2-go (część pierwsza), jako urządzenia „wyjaśniające“, przyczem dodatek związków chemicznych i innych ciał mogą w pewnych warunkach bardzo wybitnie wspierać działalność wyjaśniania cieczy ściekowych.

Metodę oczyszczania, używającą węgla brunatnego zaliczyć można jedynie w tym przypadku do właściwych metod czyszczenia, jeżeli dodatek węgla będzie w jakości i ilości odpowiedniej.

5. Czy i o ile wodorosty oraz grzyby, rosnące we wodzie, mogą rozłożyć i tem samem niszczyć zawarte w oczyszczanej wodzie ściekowej najdrobniejsze (wzgl. rozpuszczone) składniki organiczne, dotychczas nie stwierdzono. W stanie martwym roślinne te twory mogą ponownie zanieczyszczać wodę i przez to dawać powód do skarg co do czystości wody; nie można przeto obecności ich w oczyszczonej wodzie ściekowej uważać za ostatni wyraz jej oczyszczenia.

6. Wydzielone z wody ściekowej urządzeniami do wyjaśniania i oczyszczania składniki (odpadki) znajdują się aż do chwili całkowitej mineralizacyi w stanie ciągłego rozkładu. To też przedstawiają te odpadki materyał niebezpieczny pod względem higienicznym i estetycznym, — winny być przeto pozbawione swych własności szkodliwych na najkrótszej drodze.

a) Zużytkowanie odpadków tych tak w stanie wilgotnym jak i suchym dla celów rolniczych, jako nawozu, zaleca się; korzyści ekonomicznej spodziewać się można zeń jedynie przy odpowiednim gruncie i wielkich kosztach przewozu.

b) Wyzyskanie zawartej w odpadkach tych siły mechanicznej przez spalenie wzgl. zamianę na gaz udaje się pod względem technicznym; korzyści ekonomicznej ten sposób zużytkowania odpadków nie daje.

c) Przeróbką chemiczną odpadków, szczególnie przez wyciągnięcie z nich tłuszczu, osiągnąć można produkta handlowe znacznej wartości; ekonomicznie jednak i ten sposób zużytkowania jest dotychczas wątpliwym.

d) Zatapianie odpadków w morzu, o ile gdzie to jest możliwem, niszczy ich wartość ekonomiczną, nie przedstawia jednak przy zachowaniu potrzebnych środków ostrożności żadnego niebezpieczeństwa dla zdrowia ogólnego.

Dyskusya nad referatami powyższymi była nader ożywiona, odbywała się jednak w zakresie zbyt specyalnym. Zabierali w niej głos Genzmer z Halli, Grohe z Berlina i Lentze z Barmen.

VI. Pląsawica w stuleciu XI, XIII, XV i XVI.

Przez

Bł. p. prof. Dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy.

Przyczyny Tarantyzmu.

Jeżeli nauka o przyczynach chorób jest pod bardzo wielu względami dzisiaj jeszcze krainą nieznaną, jeżeli nigdzie więcej nie napotykamy niepewności, więcej chwiejnych i wypierających się nawzajem mniemań, to w dziejach nauki tem większa jest ich mnogość, ile że każda chwila, każda świeża fala czasu nowe przynosi poglądy i obrazy. Choćby wątpliwe lub nawet doświadczeniem późniejszem zmienione i sprostowane, dziejopis z obowiązku uwzględniać winien, należą bowiem do rozwoju umiejętności, jako jedno z ogniw w długim łańcuchu doświadczenia. Podać nam też wypada również przyczyny mniemane, jak i rzeczywiste, o ile nam są wiadome i o ile w nich odbija się naukowe znamię pewnej epoki.

Pomijając więc w tym przypadku wzgląd na wpływ niewątpliwy jużto uprzedzenia, jużto przesady, jużto wreszcie mimowolnego czy umyślnego uwiedzenia, — przyznać winniśmy, że wskazywana naprzód przez prosty lud włoski, a za nim i przez wielu pisarzów, pomiędzy którymi i znakomite znajdowały się powagi naukowe, przyczyna tarantyzmu, acz wątpliwa i dotychczas jeszcze stanowczo nie wyjaśniona, odznaczała się samą przyrodą swoją korzystnie od tej, z jakiej wywodzono dawniej pląsawicę nadreńską i nadmozelską. Już tu niema mowy, jak tam, o opętaniu i złych duchach; spirytualne to źródło ustępuje działaczowi fizycznemu, materyalnemu, znajdującemu się w zakresie doświadczenia umysłowo-rozumowego, a który już w XVII stuleciu poddany był dość ścisłemu badaniu przez słynnego Bagliviego.

Namacalnym sprawcą choroby uznawano jad zwierzęcy i to pochodzący od dwojakiego rodzaju owadów, z tych najczęściej ją

wywoływała tarantula (*Lycosa tarantula* — krzeczek tarantula), rzadziej niedźwiadek.

Wzmiankowany powyżej badacz z naukową, a nawet ścisłą gruntownością zastanawiał się nad tarantyzmem, jego przyczyną, pojawami, co większa, pilnemi spostrzeżeniami i umyślnem doświadczeniem usiłował sprawdzić i wyjaśnić rozpowszechnione w tym względzie mniemania. W pracy temu przedmiotowi poświęconej opisuje według znamion przyrodniczych tarantulę, jej budowę anatomiczną, objaśnioną rycinami, okolicę Włoch, w której jedynie jadowite posiada własności; skutki ukąszenia, teoryę działania jadu z dołączeniem doświadczeń własnych i obcych, sposób leczenia, wreszcie 8 przypadków tarantyzmu, a nakoniec tłómaczenie skuteczności muzyki i tańców. Według podanej przezeń wiadomości tarantula nie w każdej okolicy i nie w każdej porze roku jest jadowitą, lecz w Apulii jedynie i to w lecie, zwłaszcza podczas kanikuły. Oprócz tego jadowitość pająka tego zawisła także od wysokości miejsca: z nizin i równin Apulii jest szkodliwa, z gór granicznych niewinna, podczas parzenia się ukąszenie ma być najzgubniejsze.

Ta sama tarantula, która w Apulii ukąszeniem groźne wywołuje przypady, przeniesiona do Neapolu lub Rzymu traci zupełnie szkodliwość.

O różnicy skutku i objawów, zawisłych od odmian i barw tarantul, wspomniałem wyżej, kreśląc obraz cierpienia.

Też same stosunki odnoszą się również do niedźwiadka, który w Apulii jedynie zdolen jest wywołać tarantyzm. W ludzie włoskim panowało zresztą przekonanie, że nietylko samem ukąszeniem udziela się jad właściwy, lecz że zawarty jest także w cieczach, w których owad ten został uduszony.

Baglivi przytacza doświadczenie, wykonane przez siebie w Neapolu na króliku, celem przekonania się raz o jadowitym wpływie ukąszenia tarantuli, drugi raz o zbawiennym skutku muzyki. Pod pierwszym względem wypadek był dodatni, zwierzę bowiem ukąszone w wargę we dwie godziny już okazało na miejscu obrażonem obrzmienie zgorzelinowe, do którego niebawem przyłączyły się oznaki zakażenia i otrucia nerwowego ogólnego, objawiającego się odurzeniem, śpiączką, dusznością i upadkiem sił; 5-go dnia nastąpiła śmierć. Przy rozbiorze zwłok napotkano naczynia mózgowe (żyły i tętnice) krwią przepełnione, sam mózg zajęty lekkiem zapaleniem, a tu i owdzie sinemi plamami jakby obsypany. W płucach i sercu krew skrzepłą i czarniawą, wiele surowicy w oponach mózgowych. Pod drugim względem spostrzeżenie było ujemne, bo jakkolwiek wezwano grajków i jak najrozmaitszych próbowano dźwięków i najżwawszych tarantel, królik pozostał cichy i nieruchomy.

Wnioskuje z tego autor, że tylko w samej Apulii tego skutku zapewne oczekiwać można. Usiłuje również wytłómaczyć teoretycznie sposób działania właściwego jadu, opierając się na zasadach panującej wówczas we Włoszech szkoły lekarskiej jatromatematycznej i mechanicznej, której znakomitymi przewodnikami i zwolennikami byli Borelli i Bellini. Rozróżniając jady zwierzęce na ścinające i rozkładające, do pierwszych zalicza tarantulny, przypisując mu nadto wpływ przeważnie na układ nerwowy, czyli jak go Galeniści pierwej nazywali, na tchy duchowe (*spiritus animales*). Coroczne powroty wywodzi z tak głębokiego wniknięcia jadu w soki ustroju, iż pozbyć go się zupełnie nigdy nie mogą, a pozostałe ślady skutkiem gorąca takiego znowu nabierają rozprężenia, iż przesilnych a gwałtownych wymagają pląsów.

Do powstania choroby jednakże oprócz przyczyny powodowej, jaką jest ukąszenie tarantuli, potrzeba jeszcze właściwego usposobienia ustroju, polegającego na pewnych własnościach tkanin, zwłaszcza też na kształcie i rozkładzie ich najdrobniejszych otworków, czyli dziurek, zwanych po łacinie *pori*, stosownie usposobionych do przyjmowania w siebie jadowitego pierwiastka. Dodajmy tu jeszcze uwagę, iż jakkolwiek wielu autorów, począwszy od wieku przeszłego, cały tarantyzm poczytało za istne urojenie, należące do dziedziny baśni, to przecież i dziś jeszcze rzecz ściśle naukowo nie została rozstrzygnięta, zwłaszcza że i w najnowszych czasach nie zbywa na spostrzeżeniach, stwierdzających rzeczywistość tego zjawiska chorobowego. I tak jeszcze w roku 1845 Gazza podał wiadomość o przypadkach, przez siebie uważanych, w dzienniku *Echo du monde savant* z 15 maja tegoż roku, w których atoli nie wyszedł na jaw ów namiętny popęd do tańca i do muzyki, lecz inne tężcowe przypady. Jakkolwiekbądź — dzieje nie mogą przemilczeć o zboczeniu, choćby i polegać miało na urojeniu, jeżeli w takich rozmiarach ogarniało pewną okolicę; zwłaszcza że i przesądy i błędy, towarzyszące rozwojowi nauki, wchodzą również w tło jej historyi.

Oprócz tej szczególnej przyczyny niemały zapewne udział w rozszerzeniu tarantyzmu, a zwłaszcza w rozpostarciu się jego nagminnem, pospólnem, miała rozpowszechniona wiara w szkodliwy wpływ wzmiankowanych pająków na ustrój, a w zbawienny pląsów, skutkiem której niejedno cierpienie nerwowe, głównie też różne odmiany macinnicy, zadumy i t. p. ten kształt przybrały, do którego mylnie częstokroć je odnoszono i naciągano. Jest to zresztą jeden z licznych przykładów, dowodzących, jak przesąd i uprzedzenie wyciska swoje piętro aż na pojawach chorobowych, zwłaszcza jeżeli należą do dziedziny czynności nerwowych i umysłowych. Pominąć tu także nie można i popędu naśladowniczego, który w tego rodzaju cierpieniach staje się nierzadko pobudzającą i zarażającą podnietą, wreszcie i rozmyślne udawanie celem zaspokojenia jakiejś żądzy zmysłowej przyczyniało się także do pomnożenia liczby pląsających obłąkańców.

Zebrawszy więc w jeden ogólny treściwy pogląd wszystkie okoliczności i stosunki odnoszące się do tarantyzmu, dojdziemy do wyniku, iż skutkiem poprzedzających wielkich wstrząśnień w zakresie fizycznym i moralnym rozwinęła się jak w reszcie Europy, tak i w południowych Włoszech rozpowszechniona skłonność do rozdrażnienia układu nerwowego, która miejscowymi stosunkami topograficznymi i etnograficznymi, jako to podniebiem, suchością apulskich równin, żywością wyobraźni mieszkańców do wysokiego posunięta stopnia, za wpływem szczególnej pobudki, upatrywanej słusznie czy niesłusznie w ukąszeniu tarantuli lub niedźwiadka, a spotęgowanej uprzedzeniem i łatwowiernością, rozwinęła się we właściwą postać pląsawicy zwanej tarantyzmem, która tę okazywała osobliwość, iż na nią dźwięki pewne, wywołując przesilne ruchy pląsawiczne, zbawienny wywierały skutek.

Leczenie. Jak całe pojmowanie choroby i jej przyczyn opierało się na warunkach fizycznych, tak i sposób leczenia, jakkolwiek może na wątpliwych, jeżeli nie całkiem mylnych osnuty przypuszczeniach, miał cechę materyalną, rozumowo-doświadczalną. Nie słyszymy tu, jak w pląsawicy krajów północnych, o zalecanej pomocy duchowej i duchownej, ani słowa o zażegnywaniu lub potrzebie odbycia pielgrzymki do obrazu lub ołtarza, świętemu jakiemuś poświęconego, jakkolwiek ten sam Baglivi, który z taką naukową ścisłością usiłował zbadać tarantyzm pod względem innego otrucia albo raczej zakażenia zwierzęcego, t. j. wścieklizny, zajmuje stanowisko spirytualno-religijne, gdyż oparte na wierze w pomoc nadprzyrodzoną, cudowną.

Badacz bowiem ten, skądinąd surowy i fizycznych lub matematycznych wymagający dowodów, jako zwolennik kwitnącej wówczas we Włoszech szkoły jatromechanicznej, wyraża się nagle, jakby nie ten sam, chociaż w tejże samej rozprawce o tarantyzmie (*Oper. ed. Kühn 1828. Lipsiae T. II. 232*) w sposób następujący:

„Z łaski jednak najwyższego Boga ludzie od psów wściekłych pokąsani prędko do zdrowia powracają, jeżeli przed 40-tym dniem od ukąszenia udadzą się do miasteczka św. Wita, na 40 staj odległego od Aletium, gdzie zasławszy z czystą myślą modły do Boga za jego pomocą wnet się uwalniają, jak każdemu w Apulii wiadomo“. Mamy więc rzeczywisty przykład, jak nietylko w jednej i tej samej osobie, ale i w tej samej nauce dwa różne objawiają się kierunki: ściśle naukowy, rozumowo-doświadczalny obok spirytualnego, na samej polegającego wierze. A jednakże pisarz ten przyznaje się do zasady: „W rzeczach fizycznych łatwowierności raczej ciężarów, niż skrzydeł dodawać należy“.

Pomiędzy środkami postrzegamy jedne ludowe, lecz zachwalane również i przez lekarzów jako najskuteczniejsze; inne wyłącznie tylko naukową mające podstawę, lecz mniej upowszechnione, a nawet przez samych zwolenników sztuki zbawiennej uważane raczej za pomocnicze i uboczne, niż za istotne i główne.

Do pierwszych należy przedewszystkiem muzyka i pląsy. Już wyżej mówiąc o objawach choroby, wskazałem bliżej i rodzaj pomocniczych dźwięków, zwanych tarantelami i właściwości ruchów pląsawicznych. Tu tylko dodam jeszcze, że wogóle rozróżniano dwojaką nutę: jedną z rytmem żywszym, ognistszym, właściwą „tarantellę“, a drugą z łagodniejszym, powolniejszym, zwaną „pastorale“. Podtrzymywanie i podniecanie ruchów nieustannem przygrywaniem aż do zmęczenia poczytywano za tak niezbędne, iż zwykle najmowano większą liczbę grajków, aby gdy jedni się znudzą, drudzy natychmiast ich luzowali, by najmniejszej niedopuścić przerwy.

Znalazło się wprawdzie pomiędzy samymi chorymi kilku niedowiarków, wątpiących o potrzebie i konieczności tej leczniczej gimnastyki, lecz i ci w końcu oprzeć się nie mogli, jak twierdzono wówczas, doświadczonej na sobie po długiem wahaniu skuteczności niezawodnego środka; my zaś sądzimy, że ulegli raczej porywającemu prądowi rozpowszechnionej wiary, któremu zwykle i najświatlejsi stawiać z wytrwałością czoła nie mają odwagi. Do takich należał między innymi dostojny prałat Jan Chrz. Quinzato, biskup Foligniański (Foligno), który śmiejąc się z tego niby prze-

sądu i umyślnie dawszy się od tarantuli pokąsać, mimowolnymi pląsami odpokutować musiał tę swawolę.

Żaden z nich nie ochraniał od tej konieczności, sprowadzonej ukąszeniem pająka. Ferdinando wspomina o chłopcu 5-letnim, jak i o starcu, który już 90-ty rok wieku przekroczył, a co najdziwniejsze głusi nawet (zapewne tylko niedosłyszący) nie stanowili wyjątku. Wprawdzie już w starożytności zalecano muzykę w niektórych cierpieniach nerwowych, jak n. p. w bólu biodrowym według Pliniusza *(Hist. nat. L. XVIII. c. 2. p. 447. Ed. Hard.)*, w szale obłąkańców za świadectwem Caeliusa Aureliana *(Chron. l. I. c. 5. p. 335. Ed. Amman)*, a nawet jako ochronę od skutków jadowitego ukąszenia żmii *(Gell. Nort. Attic. L. IV. c. 13)*, ale nie używano jej w tak rozległym rozmiarze, nie przypisywano jej takiej wagi nieodzownej, ani jej nie łączono z konieczną potrzebą pląsów.

Baglivi usiłuje naukowo i na podstawie fizycznej wytłómaczyć działanie zbawienne dźwięków. Przypuściwszy naprzód, że jad tarantulny ma wprawdzie własność ścinania płynów ustrojowych, lecz że z powodu wielkiej lotności swych składowych cząstek usposabia raczej tylko do krzepnienia, niżby tę zmianę nagle sprowadzał, wyobraża sobie, że ów ruch szybki, jaki muzyka powietrzu nadaje, zwłaszcza muzyka, odznaczająca się chyżością rytmu, jak tarantella, udziela się przez ucho, a nawet i skórę tchom, czyli pierwiastkom nerwowym, tudzież krwi i drganiami swojemi wstrzymuje poczynające się krzepnienie. Następnie dalszem działaniem skłonność tę chorobową zupełnie usuwa; czynność ruchowa podnieca się, dopóki wywołanymi skutkiem tychże potami zarodów jadu ustrój nie wydali.

Lekarze zresztą sztuki swej świadomi trzymali się wskazań naukowych, jużto zwróconych, o ile można, przeciwko przyczynie, jużto przeciwko istocie choroby i jej zgubnym następstwom.

Pod względem pierwszym usiłowano zapobiedz głębszemu wtargnięciu jadu w cały ustrój, wydalając go lub niwecząc w miejscu jego zaszczepienia, czyli ukąszenia. Zwykle nożykiem nacinano okolicę uszkodzoną, a potem przystawioną bańką starano się wywierać wpływ wyciągający, czyli wysysający, a następnie opatrywano ranę dryjakwią, tłuczonym czosnkiem, niekiedy sławną odtrutką mitrydatową, albo też zaprawą orwietańską (lek tajemniczy, wymyślony przez matacza Hieronima Ferrantesa, skuteczny przeciw wszelkim truciznom. Nazwa pochodzi od miasta Orvieto. Steph. Blancardi. *(Lexicon med. Lugd. Bat. 1756. pag. 682)*.

Baglivi zaś sam zaleca przyżeganie, jako bodziec najgwałtowniejszy, niedopuszczający wstrząśnieniem włókien, udzielającem się wszystkim sokom, skrzepnienia tychże ostatnich od ścinającej własności jadu, dodaje atoli, że sam jeszcze skutku tego środka nie doświadczył.

Wewnętrznie podawano środki pobudzające i potne, a zatem leki wonne, lotne, jak wyskok rozmarynowy, macierzankowy, izopowy obok polewek, zaprawnych sławionemi odtrutkami. Do wina wreszcie powszechne miano zaufanie, odpychając ze wstrętem wodę zimną. Jednakże powiada wzmiankowany co dopiero autor, iż i te i inne leki są daremne, jeżeli nie będzie muzyki, *(ut constans et infallibilis nostrarum regionum evincit experientia)*, jak przekonywa stałe i nieomylne doświadczenie naszych okolic. Znajduje nawet powód teoretyczny na wytłómaczenie niedostateczności leków rozgrzewających, potnych, a skut czności dźwięków, albowiem powiada, tamte leki, zanim dojdą do krwi, tracą po największej części moc swoją, prócz tego działają jedynie na soki, nie zaś na części zsiadłe. Przeciwnie muzyka jednocześnie porusza i części stężałe i ciekłe, a to w sposób nader dzielny, zapomocą wstrząśnień, udzielanych włókienkom mózgowym, w których wykonywa się wytwarzanie i rozdział sieci nerwowej i tchów, czego oczekiwać nie można po lekach wewnętrznych. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 listopada.

* Niezbędną podstawą wydatnej działalności zbiorowych prac autonomicznych jest rozumny podział pracy. Sejm galicyjski składa poszczególne gałęzie gospodarki krajowej w ręce Komisyi sejmowych, wybranych przez Sejm i złożonych z członków wyspecyalizowanych zawodowo do rozstrząsania i stanowienia w zakresie tych działów poszczególnych. Ze względów ogólnych Sejm może nie uchwalić tego lub innego wniosku którejś Komisyi, ale między Sejmem, jako całością, a Komisyą, jako organem „fachowym", nie powinna istnieć żadna inna władza pośrednia, któraby była uprawomocnioną do odrzucania wniosków Komisyi sejmowych, w skład których wchodzą, jak wspomnieliśmy, ludzie biegli w zawodzie. Nawiązujemy te uwagi do nieprawidłowego i nieuzasadnionego postąpienia Komisyi budżetowej, która na posiedzeniu dnia 3 b. m., nie trzymając się zadania ściśle finansowego, wypływającego z jej mandatu, wkroczyła na cudze i obce dla siebie pole Komisyi sanitarnej, skreślając uchwałę tej ostatniej. Komisya sanitarna uchwaliła przedstawić Sejmowi wniosek, domagający się polecenia Wydziałowi krajowemu, by zakupił od gminy m. Skawiny grunta pod Zakład dla obłąkanych, tudzież by na najbliższej już sesyi Sejmu przedłożył plany tego Zakładu; Komisya budżetowa przekreśliła wniosek Komisyi sanitarnej, a przedstawiła Sejmowi swój własny, mianowicie, by wybór miejsca pod Zakład pozostawić Wydziałowi krajowemu, a termin do przedstawienia kosztorysu i planów przedłużyć do r. 1906.

Godziłoby się raz przecie, ażeby Sejm i kraj dowiedzieli się, dla jakich właściwie powodów i korzyści ogólnych Wydział krajowy obstaje przy zakupnie gruntów w Lusinie? Komisya sanitarna, oświadczając się za gruntami skawińskimi, popiera swój wniosek tem, że Skawina jest węzłowym punktem kilku kolei, że znajduje się blizko Krakowa, co ma wielkie znaczenie dla uczniów i młodych lekarzy, chcących wyćwiczyć się w chorobach umysłowych, że posiada sąd w miejscu, że konfiguracya parceli wyjątkowo nadaje się pod tego rodzaju zakład, że okolica zdrowa, posiada dobrą wodę, no... i że grunta te dużo są tańsze od gruntów w Lusinie. To są argumenta, przeciw którym Wydział krajowy ma obowiązek sformułować i ogłosić swoje, bo w państwie konstytucyjnem i w instytucyi autonomicznej zasada rządzenia na podstawie „sic voleo" jest niedopuszczalna i musi trafić, a nawet powinna trafić na opór.

Wracając do Komisyi budżetowej, zdumiewa ona wprost bezkrytyczną odwagą stawiania swego zdania ponad dojrzale rozważone wnioski „fachowej" Komisyi sanitarnej. W służącego Dr. Klausa wmówili pacyenci, że to on właściwie jest tu ordynującym; więc ordynował, ale czy tylko ku wielkiej korzyści chorych, lub przynajmniej uciesze własnej? Przesadnie też może twierdził mędrzec, że „jedyna rzecz, którą on wie na pewno, to jest świadomość, że nic nie wie": Komisya budżetowa niepowinna stawać w biegunowem przeciwieństwie do mędrca starożytności i niepowinna ulegać podmiotowemu a szkodliwemu złudzeniu, że wszystko wie.

Posłowi hr. Ant. Wodzickiemu należy się szczera wdzięczność nie tylko od lekarzy za rozumne i przedmiotowe postawienie w Sejmie sprawy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi, lecz i uznanie od obywateli kraju za męzkie i dosadne wystąpienie przeciw dyletantyzmowi Komisyi budżetowej, której wskazał naturalne granice działania.

* W Wiedniu dnia 29 z. m. otwarty został zakład dla leczenia tocznia (lupus). Stosowanie metody Finsena odbywać się będzie ambulatoryjnie. Wszyscy chorzy zostaną spisani i kolejno będą poddawani leczeniu. Opłata dość znaczna i będzie wymagana z góry za 80 dni leczenia.

* W lwowskiej klinice chirurgicznej wakują bezpłatne posady jednego asystenta i dwóch elewów. Zgłaszać się należy do dyrekcyi kliniki chirurgicznej.

* Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych mianowało prof. Dr. Henryka Jordana członkiem honorowym za niespożyte zasługi, położone koło fizycznego wychowania młodzieży polskiej.

* Dr. Cačković, redaktor miesięcznika kroackiego „Liečnički Viestnik", zawiadamia autorów polskich, że sprawozdawcą z piśmiennictwa polskiego do rzeczonego czasopisma jest Dr. Justyn Karliński (Čajnica — w Bośni), na którego ręce zechcą autorowie przesyłać swe rozprawy, o ile życzą, by były zreferowane w „Viestniku".

* Kalendarz lekarski pod przeszłoroczną redakcyą wyjdzie na początku grudnia.

* Dotychczas kobietom w Rosyi przyznawany był tylko stopień lekarza; na ostatniem posiedzeniu wojskowej Akademii lekarskiej zapadła uchwała, nadająca kobietom prawo do egzaminu na stopień doktora medycyny.

* Między 16 a 22 października doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w Brzeżanach, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.),

dobromilskim, horodeńskim, jarosławskim jaworowskim, kałuskim, kamioneckim, kolbuszowskim, nadwórniańskim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), stryjskim, turczańskim, zaleszczyckim i złoczowskim (po 1 gminie).

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 44. Goldflam: Przypadek przepukliny płucnej (c. d.). Dąbrowski: Przypadek braku wrodzonego tęczy.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 10. Krakowski: O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.). Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (październik). Reis: Ropień blaszki sitowej nerwu ocznego jako powikłanie w przebiegu ropówki oczodołu. Dybuś-Jaworski: Lenti globus anterior i powstawanie tegoż. Wicherkiewicz: Niezwykłe położenie przetrwałej błony źrenicznej.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11. Szulisławski: Z higieny oka. Wzrok a okulary (c. d.). Panek: arstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Piasecki: Ćwiczenia siłowe wobec higieny.

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. *R.:* Opinie biegłych Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). *Asystent:* Słów kilka w sprawie asystentów szpitalnych.

— *Biblioteka lekarska* Z. X. Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (Cz. II). Dieulafoy: Choroby mózgu (T. III).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Jerie: Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen (c. d.). Kopfstein: Vrozený defekt prsních svalů levé strany (dok.). Frankenberger: O nálezech bakteryí w hrtanu se zvláštním zřetelem k bacillu tuberkulosnímu (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 86. Chantemesse: Leczenie surowicze duru brzusznego. Romme: Cięcie poprzeczne przy laparotomiach ginekologicznych.

Nr. 87. Mignon i Dopter: Pierwotne zakrzepicze zapalenie żył krezkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Bumm: Surowicze leczenie gorączki połogowej. Preisich i Flesch: Wartość rozpoznawcza cytologicznych badań wypocin. Hausmann: Jelito ślepe wędrujące. Hoennicke: Przyczynek do teoryi rozmiękczenia kości, oraz do nauki schorzeń gruczołu tarczykowego. Wolff: Badania niektórych zagadnień odporności (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44. Askanazy: Początek i los bezbarwnych komórek krwi. Prym: Leczenie gruźlicy hetolem. Schrage: Leczenie gruźlicy płucnej metodą Landerera. Frey: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Gessner: Resorpcya w zakresie żyły bramnej u noworodków w pierwszych dniach życia. Weik: Kiła złośliwa z przyczynkiem do jej kazuistyki. Hoffmann: O chorobie wywoływanej pierwiosnkami i o zapaleniach skóry spowodowywanych roślinami. Dornblüth: Nowoczesny podział chorób umysłowych Moritz: Nienadający się do operacyi rak jelita grubego, jako przeszkoda połogowa. Dreuw: Wyjaławiacz cewników. Herff: Poświęcenie żyjącego dziecka dla ratowania matki. Feer: Zmiany w paznogciach po płonicy i odrze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Anton: O chorobach nerwowych i umysłowych w wieku pokwitania. Polland: Lecznicze próby z radem i substancyami uczulającemi. Schwarz: Pochodzenie jednojądrzastych komórek wypocinowych w zapaleniach. Förster: Objawy zakrzepu żylnego. Teleky: O nowych środkach zapobiegawczych w celu zwalczania gruźlicy.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 45. Edinger: Choroby układu nerwowego z wyczerpania. Jürgens: Etyologiczne uzasadnienie rozpoznania ospy. Strauss: Postępy w leczeniu cukrzycy. Hevesi: Doszczętne leczenie krzywiczej i statycznej stopy płaskiej za pomocą plastyki ścięgien. Witte: Zmniejszenie i leczenie mięśniaków za pomocą faradyzacyi. Wormser: Użycie rękawic kauczukowych przy ręcznem oddzieleniu łożyska, oraz uwagi nad przyczynami zatrzymania łożyska (dok.) Glauner: Przypadek szwu tętnicy ramieniowej.

Redakcya otrzymała. Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. Dr. Bier: 1) Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań. 2) Organizacya desinfekcyi w miastach większych. 3) Sprawozdanie w sprawie usuwania nieczystości w Zakopanem. 4) O desinfekcyi po chorobach zakaźnych. 5) Instytucya lekarzy szkolnych dla szkół miejskich m. Krakowa. 6) Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim. 7) O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku. 8) O oczyszczaniu miejskich wód kanałowych ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych. 9) Zakład do czyszczenia wody kanałowej w Sanatoryum zokopańskiem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 44 (od 30/X do 5/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dz. 18; nieżywo: chł. 2, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 14; zamiejscowych: męż. 14, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 1. 4) dławieci błonica: miejsc. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 5, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. —, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem Dr. Teodor Heryng (z Warszawy) mówić będzie „O najnowszych metodach inhalacyjnych" i przedstawi przyrząd do inhalacyi własnego pomysłu.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.